

Le Projet PIE : une stratégie prometteuse de dépistage des aînés qui présentent des problèmes de santé mentale

The Projet PIE : a promising strategy to reach elders with a mental health problem

El Proyecto PIE: una estrategia prometedora de diagnóstico de los ancianos que presentan problemas de salud mental

Projeto PIE: uma estratégia promissora de identificação das pessoas idosas que apresentam problemas de saúde mental

Kareen Nour, Brita Brown, Nona Moscovitz, Marijo Hébert et Alan Regenstreif

Volume 34, numéro 2, automne 2009

Santé mentale et justice

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/039133ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/039133ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Nour, K., Brown, B., Moscovitz, N., Hébert, M. & Regenstreif, A. (2009). Le Projet PIE : une stratégie prometteuse de dépistage des aînés qui présentent des problèmes de santé mentale. *Santé mentale au Québec*, 34(2), 217–235.
<https://doi.org/10.7202/039133ar>

Résumé de l'article

Environ 50 % des aînés qui ont un problème de santé mentale ne reçoivent pas les services en lien avec leur situation. Le Projet PIE (Prévention-Intervention-Éducation), une stratégie de dépistage proactif mise sur l'implication des sources de référence non traditionnelles, nommées liaisons communautaires, pour identifier et référer les aînés vers le CSSS. Les auteurs présentent l'évaluation de ce projet qui démontre des résultats encourageants. En plus d'être utile, pertinent et efficace pour dépister ces aînés et leur offrir l'aide nécessaire, le projet PIE semble aussi un moyen d'accroître le sentiment de solidarité sociale.



Le Projet PIE : une stratégie prometteuse de dépistage des aînés qui présentent des problèmes de santé mentale

Kareen Nour*

Brita Brown**

Nona Moscovitz***

Marijo Hébert****

Alan Regenstreif*****

Environ 50 % des aînés qui ont un problème de santé mentale ne reçoivent pas les services en lien avec leur situation. Le Projet PIE (Prévention-Intervention-Éducation), une stratégie de dépistage proactif mise sur l'implication des sources de référence non traditionnelles, nommées liaisons communautaires, pour identifier et référer les aînés vers le CSSS. Les auteurs présentent l'évaluation de ce projet qui démontre des résultats encourageants. En plus d'être utile, pertinent et efficace pour dépister ces aînés et leur offrir l'aide nécessaire, le projet PIE semble aussi un moyen d'accroître le sentiment de solidarité sociale.

Le Québec est significativement touché par le vieillissement de sa population (Ministère de la Famille, 2005). Bien que la majorité des aînés vivent dans leur domicile et que la plupart sont autonomes, environ 20 % souffrent de problèmes de santé mentale et ont besoin d'un soutien accru (Norrow et al., 2000 ; Smyer et Qualls, 1999, Statistique Canada, 2003 ; Van Citters et Bartels, 2004). Au cours des prochaines décennies, le tiers des personnes âgées présentera des problèmes de santé mentale qui nécessiteront une intervention (Smyer et Qualls, 1999). Le problème de santé mentale est considéré comme une affection cliniquement significative qui se caractérise par un changement du mode de pensée, de l'humeur ou de comportements associé à une détresse psychique

* Ph.D., chercheur, CREGES-CSSS Cavendish-CAU.

** M.Sc., organisatrice communautaire, CSSS Cavendish.

*** M.Sc., Chef administration de programme Santé mentale, CSSS Cavendish.

**** T.S., assistante de recherche, CREGES-CSSS Cavendish-CAU.

***** MSW, PSW, CSSS Cavendish.

et/ou à une altération des fonctions mentales (OMS, 2001). Le concept de santé mentale réfère à la détresse psychologique et aux troubles mentaux (dépression, anxiété, schizophrénie, démence).

On estime actuellement que près de 50 % des aînés qui ont un problème de santé mentale ne reçoivent pas les services appropriés en raison des barrières sociales, émotionnelles, psychologiques, physiques, économiques ou organisationnelles (Emlet et Hall, 1991 ; Health and Consumer Protection, 2005 ; Klap et al., 2003). La situation est encore plus inquiétante pour le diagnostic de la dépression qui constitue un des problèmes de santé mentale les plus fréquents. On estime que 90 % des aînés aux prises avec la dépression ne bénéficient d'aucun service en lien avec leur problème (Mood Disorder Society of Canada, 2008). Ces aînés sont particulièrement vulnérables et susceptibles d'éprouver des difficultés d'adaptation importantes au plan fonctionnel, comportemental et psychosocial (Florio et Raschko, 1998 ; Kilbourne et al., 2005 ; Nikolova et al., 2004).

Afin de rejoindre cette population, il s'avère important de revoir la place accordée aux approches de dépistage proactif (*outreach*) visant la prévention et la promotion de la santé. Le projet de Prévention-Intervention-Éducation (PIE) du Programme Communautaire de Santé Mentale pour les adultes de 60 ans et plus (*PCSM 60 +*) du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) Cavendish vise justement l'amélioration du dépistage des aînés qui ont un problème de santé mentale par l'implication de la communauté et des services sociaux traditionnels.

Le dépistage proactif

Les intervenants du PCSM 60 + ont décidé d'effectuer un dépistage significativement plus efficace des aînés pour leur offrir des services adaptés. Ils ont opté pour une approche de dépistage proactif considérée comme une des meilleures stratégies (Dallaire et al. 2003). Cette approche regroupe toutes les interventions auprès des aînés dans la communauté qui sont aux prises avec des problèmes de santé mentale et de les référer aux ressources appropriées ; le PCSM 60 + cible particulièrement les personnes qui ont de la difficulté à accéder par elles-mêmes à l'aide requise ou qui n'ont personne à qui demander (Florio et Rashko, 1998). Cette approche vise à réduire les impacts négatifs des déterminants sociaux, politiques et économiques de la santé, à retarder les incapacités, à améliorer la santé et la qualité de vie ainsi qu'à diminuer les hospitalisations (Poland et al., 2000).

Du modèle Gatekeeper au Projet PIE

À la suite d'une recension des écrits sur les meilleures pratiques, l'approche privilégiée par le modèle *Gatekeeper* a été retenue. L'initiative développée aux États-Unis par le Washington State Department of Social and Health Services vise essentiellement à encourager le dépistage proactif et mise sur des sources de référence non traditionnelles. Divers membres de la communauté, nommés *Gatekeepers*, ou librement traduit en français, liaisons communautaires, sont outillés pour faire du dépistage. Il s'agit généralement de personnes qui n'exercent pas une profession clinique mais qui, par leur travail ou leurs activités quotidiennes, sont en contact régulier avec des aînés. Il peut s'agir par exemple de commis de banque, de pharmaciens, de concierges d'immeubles à logements, de coiffeurs, etc.

Le modèle Gatekeeper a su démontrer son efficacité grâce à un système centralisé d'appels, les personnes à risque référées provenaient des activités de dépistage des liaisons communautaires (Rashko et Coleman, 1991). Ainsi, plus de 41 % des références auprès des services pour aînés provenaient de ce modèle. On a aussi constaté que le profil sociodémographique des aînés référés était significativement différent de celui des aînés référés par les services dits « traditionnels » (Jenson, 2001). On comptait majoritairement des femmes qui vivent seules, ne reçoivent pas les services nécessaires, n'ont pas de médecin de famille et manifestent un certain isolement social et économique. En plus de favoriser la mise en place d'un système de référence efficace, ce modèle encourage l'implication de la communauté dans le dépistage des aînés isolés à risque.

Ce modèle a été adapté au système québécois de santé et de services sociaux et une approche d'empowerment a été privilégiée. Sous le nom de Projet PIE, le programme de dépistage privilégie le consentement de la personne avant qu'elle ne soit référée et l'incitation de faire elle-même cette démarche. Le développement du nouveau modèle a aussi dû tenir compte du contexte urbain au sein duquel il fut implanté, le Gatekeeper ayant été développé en milieu rural.

Le projet PIE vise à identifier les aînés qui présentent un problème de santé mentale et qui vivent dans la communauté. Ce projet comporte trois grands volets : 1) la prévention : en invitant la communauté à s'impliquer pour aider les aînés qui ont des problèmes de santé mentale avant qu'ils ne subissent une perte d'autonomie sévère, 2) l'intervention : en offrant de l'information et de l'aide et 3) l'éducation : en contrant les préjugés tenaces à l'égard des plus vulnérables ou démunis de la société.

Le projet PIE compte trois catégories d'acteurs principaux : les organisateurs communautaires, les formateurs et les liaisons communautaires. L'organisateur communautaire est responsable de la gestion, de l'organisation et de l'implantation du projet sur son territoire. Les formateurs (bénévoles, étudiants, retraités) reçoivent une formation d'un jour par l'organisateur communautaire du CSSS au cours de laquelle ils acquièrent une compréhension de la problématique des aînés à risque ainsi que des connaissances sur les comportements à risque¹, le système de référence, les enjeux liés à la confidentialité, etc. Les liaisons communautaires reçoivent une formation d'environ 45 minutes donnée par les formateurs afin de leur permettre de : 1) reconnaître les comportements à risque ; 2) de développer la meilleure façon d'aborder les aînés ; 3) de connaître la façon la plus appropriée de les informer et 4) d'encourager et/ou d'amener les aînés à se référer eux-mêmes. La liaison communautaire peut donner les coordonnées de la ligne téléphonique réservée pour la clientèle dépistée et encourager les personnes à appeler. La liaison communautaire peut aussi référer cette personne, de préférence avec son consentement. Il est aussi possible de se présenter au service d'accueil psychosocial du CSSS ou d'appeler le numéro du CSSS Cavendish (Brown et Nour, 2007).

Étude exploratoire du projet PIE

En 2003, les répercussions du projet PIE ont été colligées dans une première étude de nature exploratoire réalisée sur une partie du territoire du CSSS Cavendish. Cette étude portait principalement sur l'évaluation de la formation offerte aux liaisons communautaires. Le projet avait alors reçu un prix de l'association des CLSC et des CHSLD du Québec et une subvention du Fond d'innovation pour les services aux aînés. En six mois, 53 établissements ont été rejoints et 206 personnes de divers secteurs de la communauté (barbiers, banques, bureau de postes, etc.), ont été formées. Le dépistage a permis de recueillir deux nouvelles références par mois et ce, sans ligne téléphonique distincte. Une grande satisfaction face à la pertinence du projet a été notée (augmentation de l'accessibilité aux services, engagement envers la communauté, etc.). Toutefois, aucune information n'a été recueillie sur le processus d'implantation du projet au niveau des coûts, son impact sur la communauté et l'accessibilité des services. Ces quelques constatations ont motivé une seconde étude, cette fois-ci de nature plus évaluative.

Cadre de référence

L'étude pilote du projet PIE, amorcée en 2007, s'est penchée sur deux aspects : le processus d'implantation du projet PIE et son

efficience. L'évaluation de ces deux aspects repose sur des cadres d'analyse distincts qui s'inspirent de la littérature sur l'évaluation de programmes de dépistage (Agence nationale de l'accréditation et d'évaluation en santé de France, 2004; American Academy of Pediatrics, 1993, Contandriopoulos et al., 2000) et d'implantation de programmes (Bishop et Vingilis, 2006; Champagne et Denis, 1992; Contandriopoulos et al, 2000; Health Education Unit Communication, 2002; Scriven, 2005; Shadish et al., 1991) et sur le cadre conceptuel de la solidarité de l'équipe FQRSC-VIES (vieillesse, exclusion sociale et solidarité) du CSSS Cavendish- CAU (Guberman et Lavoie, 2004).

Critères d'évaluation du processus d'implantation

L'évaluation du processus d'implantation visait à comprendre l'influence des différentes composantes du projet PIE, son degré de mise en œuvre conformément aux premières intentions et l'«effort» ou «l'intensité» prévue (Contandriopoulos et al., 2000). Cette évaluation visait à en arriver à une compréhension globale du fonctionnement opérationnel du projet (Champagne et Denis, 1992). Les critères retenus étaient 1) les dépenses encourues par le temps consacré par les différents acteurs à chaque phase d'implantation (préparation du matériel, promotion du projet, activités de formation, au soutien, etc.), 2) les dépenses associées au matériel utilisé (matériel promotionnel, manuel de référence, carte d'affaire, etc.) et 3) le nombre et le type d'acteurs impliqués dans le projet.

Critères d'évaluation de l'efficience

L'évaluation de l'efficience du projet vise à statuer sur sa capacité à remplir son objectif de dépistage. Elle s'articule selon quatre critères : 1) l'efficience du projet PIE à dépister la clientèle cible, à savoir si le projet permet de dépister des aînés qui ont des problèmes de santé mentale et qui vivent dans la communauté ; 2) le rayonnement du projet dans la communauté ; 3) la qualité et la capacité du dépisteuse et 4) le traitement ou l'intervention suite au dépistage, l'orientation de la personne référée suite à l'évaluation de la situation (le traitement en tant que tel n'est pas évalué).

Répercussions du projet

À la jonction des ces deux cadres opérationnels, deux répercussions sont principalement documentées, celles associées au calcul du ratio coût/efficacité et celles liées au sentiment de solidarité sociale. Le calcul du coût/efficacité est réalisé afin d'estimer la «rentabilité» mais

aussi pour statuer sur l'efficacité du projet dans son ensemble. L'efficacité est mesurée par le nombre d'âînés référés qui ont un problème de santé mentale.

Dans une perspective plus globale, ce projet semble contribuer au développement du sentiment de solidarité sociale. Le volet prévention sur lequel il repose peut accroître la capacité d'agir des communautés tout en contribuant à la solidarité et au renforcement du tissu social. Le sentiment de solidarité sociale se définit par « le sentiment de responsabilité et de dépendance réciproque au sein d'un groupe de personnes qui sont moralement obligées les unes par rapport aux autres » et se réfère aux liens sociaux qui existent malgré la différence et l'inégalité (Zoll, 1998).

Méthode

L'implantation du projet PIE à l'intérieur du CSSS Cavendish s'est échelonnée sur une période de neuf mois, de mars à décembre 2007. Notre protocole de recherche a opté pour une approche de nature descriptive. Plusieurs variables (ou critères) et divers « questionnaires maison » ont été utilisés en se basant sur la littérature en évaluation de programme. Ils ont été pré-testés auprès de clientèles similaires afin d'améliorer l'homogénéité des items de l'échelle et de tester la validité du contenu. Ils sont tous de nature quantitative (choix des réponses ; échelle VAS, etc.).

Nombre de références et profil sommaire de la clientèle référée

Le nombre total d'âînés à risque référés par eux-mêmes ou par une liaison communautaire avec ou sans leur consentement (dans le cas où les liaisons communautaires percevaient un danger immédiat) correspond :

- au nombre d'appels reçus par l'entremise de la ligne téléphonique dédiée au projet ;
- au nombre d'appels reçus par l'entremise du service d'accueil mentionnant le projet ;
- au nombre de personnes s'étant présentées à l'accueil mentionnant le projet.

Les intervenants sociaux à l'accueil ont dénombré les références à l'aide de l'instrument maison qui a permis également de colliger les données sociodémographiques telles l'âge, le genre, le statut civil et le mode d'habitation (seul, en couple ou avec un tiers). Des informations ont été notées sur le portrait clinique majeur (physique ou psycholo-

gique) et le programme du CSSS auquel le client a été référé pour un suivi (programme de santé mentale, Perte d'autonomie liée au vieillissement- PALV, etc.).

Coûts monétaires reliés au projet PIE

Des données ont été recueillies sur les frais (ressources humaines et matérielles) générés tout au long de l'étude pour chaque phase d'implantation (préparation du matériel (conception et impression) promotion, formation, soutien). Des grilles de collectes de données détaillées ont été conçues à cet effet et distribuées à toutes les personnes impliquées. Les dépenses ont par la suite été compilées.

Appréciation et répercussion de la formation

Des questionnaires d'appréciation avec des questions à choix multiples ont été administrés aux liaisons communautaires et aux formateurs immédiatement après la formation et trois mois plus tard. Nous avons ainsi obtenu des données sur leurs connaissances de la clientèle, les situations engendrées par les comportements à risque, les moyens d'aborder cette clientèle et les services offerts à la population âgée. Nous avons aussi recueilli de l'information auprès des formateurs concernant leur sentiment de compétence à former des membres de leur communauté et auprès des liaisons communautaires sur leur capacité à référer des aînés identifiés à risque.

Rayonnement du projet

Des données ont été recueillies à l'aide d'instruments maisons sur diverses variables liées au rayonnement du projet tel que le nombre de formations demandées et offertes, le type d'établissement qui les reçoit, le secteur où il se trouve sur le territoire du CSSS, la proportion approximative d'aînés qui fréquentent quotidiennement l'établissement, le nombre de personnes formées, le nombre de sessions d'information offertes et le nombre et le type de formateurs.

Sentiment de solidarité

Les répercussions de l'implication des liaisons communautaires ont été documentées immédiatement après la formation et trois mois plus tard. À cet effet, leur sentiment de solidarité, leur niveau de confiance, leur sentiment d'engagement vis-à-vis la communauté, leur degré de conscientisation de la problématique, les préjugés existants et leur sentiment d'utilité quant au fait d'être aidant auprès d'une clientèle qui présente des comportements à risque, ont été mesurés par des

échelles de mesures de type VAS. Des espaces pour des commentaires et des recommandations avaient aussi été prévus.

Analyses quantitatives

L'entrée des données a été réalisée à l'aide des logiciels SPSS et Microsoft Access. Les analyses de fréquence et de distribution ont permis de vérifier le type de distribution des variables. Des analyses descriptives ont été réalisées sur l'efficacité du programme sur la population rejointe, les ressources nécessaires, le programme et son opérationnalisation. Des analyses bi-variées et corrélationnelles ont également été réalisées pour comparer les groupes et identifier les différents profils. La valeur prédite positive a été calculée afin d'identifier la proportion d'aînés qui vivent avec un problème de santé mentale qui a été dépistée et référée par une liaison communautaire et dont le problème de santé mentale a été confirmé par les intervenants des CSSS. Une analyse de type « coût/efficacité » du projet PIE a été réalisée. Des analyses descriptives de type pré-post enquête ont aussi été réalisées pour documenter le processus d'implantation, particulièrement « l'appréciation de la formation », ainsi que l'impact sur le sentiment de solidarité.

Résultats

Les résultats liés à l'évaluation de l'implantation indiquent que les coûts relatifs aux ressources humaines se chiffrent à 16 000\$, dont celui du salaire de l'organisatrice communautaire (environ 8.5 heures/semaine). Un montant de 4000\$ a été consacré aux frais d'impression des documents. Le total est donc de 20 000\$ sur une période de neuf mois, laquelle correspond à la période de collecte des données. Des bénévoles et des stagiaires ont aussi été mis à contribution dans le processus d'implantation.

Sur une période de neuf mois, l'évaluation de l'efficacité indique que 12 aînés ont été référés au CSSS. De ce nombre, neuf personnes l'ont été par l'entremise de la ligne téléphonique dédiée au projet. Six personnes se sont présentées d'elles-mêmes : trois par téléphone et trois se sont rendues au CSSS. Les six autres aînés étaient référés par une liaison communautaire. Cinq personnes ont été référées sans leur consentement. Le tableau 1 résume les caractéristiques sociodémographiques et médicales de la population rejointe qui, en général, est constituée de femmes, seules ayant un portrait clinique psychologique majeur. Ces résultats concordent avec ceux du modèle Gatekeeper. La valeur positive prédite se chiffre à 0.82, c'est-à-dire que 82 %

Tableau 1
Portrait des aînés référés (n = 12)

Variables	Résultats (%)
Groupe d'âge (ans)	
• Moins de 60	34
• 60-69	25
• 70-79	8
• 80 et plus	33
Genre, féminin	58,3
Statut civil	
• Marié ou conjoint de fait	20
• Veuf	20
• Célibataire	60
Type de ménage	
• seule	70
• en couple	20
• avec un tiers	10
Portrait clinique majeur	
• physique	18
• psychologique	72
• physique et psychologique	10
Département du CSSS où le client a été suivi	
• Programme de santé mentale	36
• PALV (incluant les suivis pour troubles cognitifs et démence)	36
• <i>Counselling</i> à court terme (programme de santé mentale)	28

(pourcentage issu du portrait clinique majeur, tableau 1) des personnes référées étaient susceptibles de présenter un problème de santé mentale.

Deuxièmement, pour le rayonnement des formations, les résultats indiquent que 150 liaisons communautaires ont été formées à travers 33 établissements dont 28 % provenant des banques, 32 % des pharmacies, 17 % des services publics ou municipaux, 17 % des tours d'habitation et 6 % des églises. À la fin de la collecte des données, dix établissements étaient en attente d'une formation. En moyenne, la proportion d'aînés qui constitue leur clientèle était de 66,5 %. Au total, 28 établissements ont refusé de participer au projet pour les raisons suivantes : manque de temps (29 %), d'intérêt (13 %), population

desservie n'était pas celle ciblée par le projet (33 %) et autres raisons (25 %). Tous les secteurs du territoire du CSSS Cavendish ont été touchés par le projet. Au total, six formateurs soit deux étudiants, deux bénévoles et deux travailleurs actifs ont offert des formations aux liaisons communautaires. La promotion et le recrutement des établissements visés par le projet se sont effectués par lettre, par téléphone et en personne. Un article avait aussi paru dans le journal local.

Troisièmement, l'évaluation de l'efficacité montre qu'immédiatement après les formations et de façon globale, la majorité des liaisons communautaires estimaient avoir acquis des connaissances sur les situations de vulnérabilité de cette clientèle (93,5 %) et sur les services offerts aux aînés (95 %; tableau 2). Elles se sentaient outillées pour référer (97 %) et pour contacter les intervenants du projet (97 %). Trois mois plus tard, une baisse non significative a été constatée quant aux habiletés à référer (72 %) et à contacter les intervenants du projet (80 %). Des résultats similaires, si non meilleurs ont été obtenus chez les formateurs (tableau 2). Les formations aux liaisons communautaires avaient été offertes par l'organisatrice communautaire, des stagiaires (étudiants) et des bénévoles.

Tableau 2
Pourcentage de liaisons communautaires (n = 150) et de formateurs (n = 6) mentionnant avoir les connaissances et habiletés suite aux formations pour remplir leur rôle

Variables	Liaisons communautaires		Formateurs
	Immédiatement après %	Trois mois plus tard %	Immédiatement après %
Connaissances sur les situations de vulnérabilité	93,5	85,2	100
Connaissances des services offerts	95	81,5	85,7
Sentiment d'être outillé pour faire des références	97	72	100
Sentiment d'être capable de contacter les intervenants du projet	97	80	98,7

Quatrièmement, concernant le suivi, 36 % des personnes référées ont été orientées vers le programme de santé mentale, un pourcentage équivalent a été orienté vers les services aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV), dont celles susceptibles d'être atteintes d'une démence. Enfin, 28 % ont été dirigées vers le *counselling* à court terme.

Les résultats sur les répercussions sur le sentiment de solidarité chez les liaisons communautaires (au tableau 3) indiquent, sur une échelle de 1 à 5, un niveau de confiance de 3,95, de compréhension des enjeux liés à la santé mentale de 4,00, et de connaissance des préjudices vécus par cette clientèle de 3,63. Le sentiment d'utilité envers une population qui présente des comportements à risque est de 3,93. Une analyse secondaire de ces données a été réalisée : les liaisons communautaires ont été divisées en deux groupes (groupe 1 = score de moins de 3, sentiment faible à moyen et groupe 2 = score supérieur à 3, sentiment moyen à élevé). Seulement 42 % des liaisons communautaires étaient véritablement conscients des préjudices existants envers la population âgée et 53 % sentaient être utiles auprès de cette clientèle à risque. À l'inverse, près de 70 % avaient un niveau de confiance élevé face au projet. Statistiquement, ces résultats se maintiennent trois mois après la formation initiale.

Tableau 3
**Sentiment de solidarité lié au projet PIE
pour les liaisons communautaires**

Variables	Immédiatement après (m/5)	Trois mois plus tard (m/5)
Responsabilité liée à leur rôle de liaison communautaire	4,22	3,59
Niveau de confiance	3,95	3,9
Sentiment d'engagement vis-à-vis la communauté	3,93	3,78
Niveau de conscientisation sur la problématique traitée	4	3,62
Niveau de conscientisation sur les préjugés existants	3,63	3,33
Sentiment d'utilité face à une clientèle qui présente des comportements à risque	3,93	3,52

Enfin, les répercussions sur les coûts/efficacité se chiffrent donc à 12 (aînés référés)/20 000\$, soit 1 666\$ par personne. Le projet PIE a permis de référer 12 personnes entre le mois de mars et décembre 2007. Cependant, 11 autres personnes référées ont été dénombrées entre janvier 2008 et avril 2008. Ainsi, sur une période d'une année, 23 personnes ont été référées, soit environ deux par mois². Les paramètres du calcul coût/efficacité seraient donc de 20 000 \$ pour 23 personnes, ce qui porte le coût à environ 870\$ par personne référée.

Discussion

Les résultats de l'évaluation sont prometteurs et encourageants. Ils démontrent que nous avons rejoint la population ciblée. De plus, une volonté explicite de recevoir la formation PIE a été exprimée par les établissements et les travailleurs qui l'on jugée adéquate et satisfaisante. À la suite du premier contact, plus de 50 % des répondants ont reconnu l'utilité et la pertinence du projet et voulaient d'emblée recevoir la formation. Le projet PIE répondait à un besoin, soit d'être en mesure de «faire quelque chose», de savoir comment agir devant des aînés qui semblaient plus vulnérables ou moins bien organisés, tout comme de savoir où les référer. Il constitue une occasion de transmettre des connaissances sur les différentes problématiques vécues par les aînés en plus de faire connaître les services de la communauté. Néanmoins, environ 25 % des liaisons communautaires formées auraient souhaité avoir plus de renseignements sur ces deux aspects. Les résultats fournissent donc des indices sur les besoins futurs en formation.

Nous nous sommes aussi interrogés sur les établissements «clés» pour rejoindre notre population cible. La réponse est à la fois oui et non. Avant l'étape de la promotion, plusieurs établissements avaient été identifiés tels que les banques, pharmacies, épiceries (grandes chaînes ou épiceries de quartier), dépanneurs, restaurants, salons de coiffure et barbiers, services de police, de prévention des incendies, centres pour aînés, etc. Certains commerces et institutions ont accepté l'offre de formation. D'autres établissements se sont avérés être des services essentiels auprès de la clientèle ciblée (par exemple, les banques, les pharmacies), qui constituent souvent leur dernier réseau de socialisation. Toutefois, notre stratégie de promotion doit être revue afin d'encourager la participation de commerces fréquentés par des clientèles âgées non dépistées à haut risque d'isolement, telles les aînées nouvellement immigrées qui parlent peu le français ou l'anglais (Choi et Gonzalez, 2005). L'évaluation de l'implantation indique que des facteurs environnementaux et organisationnels peuvent influencer son

succès. En effet, Buchwalter et al. (1993) ont démontré la nécessité d'adapter le projet en fonction des caractéristiques ethnoculturelles de la population dont les rapports aux services peuvent être différents. Historiquement, les communautés ethnoculturelles font peu appel aux ressources de santé mentale (Compère et Duval, 1992).

Des enjeux de « territoire » rencontrés au cours de l'implantation du projet laissent croire que les données recueillies sur l'efficacité du projet auraient pu être supérieures. Ainsi, dû au fait que certains établissements participants étaient à la limite de notre territoire, quelques personnes référées qui habitent sur un territoire voisin ont dû être dirigées vers leur CSSS. Quelques établissements ont aussi refusé la formation puisque la majorité de leurs clients demeuraient dans un autre territoire. Le découpage territorial n'est pas seulement une limite au recrutement des établissements. Il devient aussi un obstacle à l'orientation et à la prise en charge des aînés les plus vulnérables dans un réseau de services qui peut leur apparaître complexe.

L'utilisation des bénévoles pour former les liaisons communautaires doit aussi être examinée. Bien que le CSSS Cavendish soit reconnu pour le nombre et l'implication de bénévoles, l'implication de ces derniers est demeurée sporadique. Certains bénévoles n'ont donné que quelques formations pour ensuite quitter le projet. D'autres se sont retirés immédiatement après la formation. Il est essentiel de revoir les critères de recrutement et les stratégies de rétention des formateurs bénévoles. Ils constituent néanmoins une richesse pour le projet, surtout s'ils proviennent de la communauté desservie. La participation de stagiaires a pour sa part assuré une meilleure continuité du projet. Déjà sur place, les stagiaires ont vu le projet comme une opportunité de formation et ils ont joué un rôle prépondérant dans son actualisation.

Le projet encourage les liaisons communautaires à obtenir le consentement des personnes dépistées au moment de les référer. Toutefois, les résultats indiquent que plus du tiers des références ont été faites sans leur consentement. Nos données ne nous permettent pas d'avoir les raisons précises de ces références. Il est possible que des personnes aient été référées sans leur consentement à cause de capacités cognitives altérées ou de risque de danger pour elle-même. Par exemple, dans un cas d'abus financier (au moment d'une transaction bancaire), il peut être risqué de référer un aîné qui est accompagné d'une personne qui potentiellement tire profit de sa vulnérabilité. Par ailleurs, la référence sans consentement peut être un indicateur d'une habileté insuffisante chez la liaison communautaire à aborder une personne qui présente des comportements à risque ou d'un inconfort lié au fait de référer.

Au CSSS Cavendish, le projet PIE a eu un impact important non seulement sur le programme de santé mentale (PCSM 60 +) mais aussi sur le programme PALV. Trente six pour cent des aînés référés dont certains susceptibles d'être atteints d'une démence ont été orientés vers ce programme. Bien que d'un point de vue conceptuel les démences soient considérées comme un problème de santé mentale, d'un point de vue organisationnel, les personnes susceptibles d'en être atteintes ne sont pas suivies par le PCSM 60 +. Il est donc important de s'assurer de la capacité des programmes sollicités de répondre à l'accroissement de la clientèle.

Les résultats démontrent que le ratio dépenses/personnes référées doit être considéré à long terme. Si dans une perspective de « rentabilité », les dépenses peuvent sembler élevées, d'un point de vue plus global de prévention (prévenir l'hospitalisation ou de retarder l'hébergement), ce type de projet peut représenter des économies importantes. Le maintien à domicile des aînés engage des coûts approximatifs de 8 000\$ par année (par personne) alors que ceux associés à l'hébergement se situent entre 45 000\$ et 60 000\$ (Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, 2008). Mais au-delà des chiffres, il faut rappeler le droit de toute personne de recevoir des services et le mandat de prévention et les responsabilités populationnelles des CSSS (Gouvernement du Québec, 2009).

Conclusion

Le projet PIE s'inscrit dans la perspective gouvernementale actuelle qui privilégie le maintien à domicile des aînés et qui « décourage » le placement. Il constitue une stratégie intéressante qui s'inscrit dans une approche populationnelle étant donné qu'il mise sur la collaboration de la collectivité pour rejoindre une clientèle vulnérable. Si l'on considère le budget moyen d'un CSSS (environ 75\$ millions), cette initiative est peu coûteuse et prometteuse. Les résultats nous poussent à croire que l'implantation du projet PIE à travers les CSSS du Québec serait non seulement souhaitable, mais pertinente et économiquement faisable. Dès lors, une recherche évaluative exhaustive sur son implantation dans différents CSSS du Québec s'avèrerait justifiée. Cette étude permettrait entre autres, de mieux connaître les motivations et les difficultés des liaisons communautaires et nous aiderait à mieux comprendre comment ce projet peut contribuer à faire émerger un plus grand sentiment de solidarité sociale.

Notes

1. Le dépistage des aînés qui ont un problème de santé mentale ne se fait pas sur la base d'une évaluation de la détresse ou d'un trouble mental. Il serait impossible de demander à des profanes, soit les liaisons communautaires, de faire une telle évaluation. Le dépistage se fait donc sur la base de comportements à risques associés aux problèmes de santé mentale. Ils réfèrent aux comportements qui créent une dysfonction dans le fonctionnement personnel et social et qui compromettent la santé et la sécurité de la personne, en l'occurrence l'aîné, ou celle d'autrui (Nikolova et al., 2004). D'un point de vue psychosocial, ils peuvent être la conséquence d'un problème de santé mentale (Nikolova et al., 2004). Les comportements à risque retenus dans la présente étude sont ceux proposés par l'outil PARBAS (*Psychogeriatric And Risk Behavior Assessment Scale*) : une échelle psychogériatrique de dépistage des comportements à risque associés à un problème de santé mentale validée et destinée aux intervenants (Nikolova et al., 2004).
2. Ce nombre peut être supérieur si l'on suppose que des certaines personnes ont appelé ou se sont déplacées sans faire allusion au projet PIE.

Références

- AGENCE NATIONALE DE L'ACCREDITATION ET D'ÉVALUATION EN SANTÉ DE FRANCE, 2004, *Guide méthodologique : Comment évaluer à priori un programme de dépistage ?*, Service évaluation technologique et Service évaluation économique, France.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 1993, *Clinical Practice Guidelines*, <http://aappolicy.aappublications.org/>.
- ASSOCIATION QUÉBÉCOISE D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX, 2008, <http://www.aqesss.qc.ca>
- BISHOP, J. E. H., VINGILIS, E., 2006, Development of a framework for comprehensive evaluation of usager outcomes in community mental health services, *Canadian Journal of Program Evaluation*, 21, 2, 133-180.
- BROWN, B., NOUR, K., 2007, Le projet PIE : Une réponse de la communauté aux besoins des personnes âgées vulnérables ou isolées, *Bien vieillir*, 13, 3, 6-8.
- BUCKWALTER, K., ABRAHAM, I. L., SMITH, M., SMUELLEN, D. E., 1993, Nursing Outreach to Rural Elderly People Who Are Mentally Ill, *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 9, 821-823.
- CHARBONNEAU, J., 1998, Lien social et communauté locale : quelques questions préalables, *Lien social et politique*, RIAC, 39.

- CHAMPAGNE, F., DENIS, J.-L., 1992, Pour une évaluation sensible à l'environnement des interventions : l'analyse de l'implantation, *Service social*, 41, 1, 143-163.
- CHOI, N. G., GONZALEZ, J., 2005, Barriers and Contributors to Minority Older Adults' Access to Mental Health Treatment: Perceptions of Geriatric Mental Health Clinicians, *Journal of Gerontological Social Work*, 44, 3/4, 115-135.
- Compère, L., Duval, J., 1992, Santé mentale et communautés ethnoculturelles : de la marginalisation sociale à la précarité existentielle, *Santé mentale au Québec*, XVII, 2, 285-292.
- CONTANDRIOPOULOS, A., CHAMPAGNE, F., DENIS, J.-L., AVARGUER, M.-C., 2000, *L'évaluation dans le domaine de la santé : concept et méthodes*, *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 36, 517-539.
- DALLAIRE, B., MIRANDA, D., MOSCOVITZ, N., GUÉRETTE, A., 2003, *Les interventions communautaires auprès des personnes âgées aux prises avec des problèmes de santé mentale sévères et persistants : revue critique de la littérature empirique et théorique*, Fond québécois de recherche sur la société et la culture.
- EMLET, C. A., HALL, A. M., 1991, Integrating the community into geriatric case management : public health interventions, *Gerontologist*, 31, 556-560.
- FLORIO, E. R., RASHKO, R., 1998, The Gatekeepers model: Implications for social policy, *Journal of Ageing and Social Policy*, 10, 1, 37-55.
- Gouvernement du Québec, 2009, *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_4_2/S4_2.html.
- GUBERMAN, N., LAVOIE, J.-P., 2004, *Demande de subvention aux Fonds de recherche sur la société et la culture*, Programmation de recherche-FQRSC : Viellissement, exclusion et solidarité, GREGES, CSSS Cavendish-CAU.
- HEALTH AND CONSUMER PROTECTION, DIRECTORATE-GENERAL, 2005, Green Paper. *Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union*, European Communities, Brussel.
- JENSON, J. E., 2001, *Gatekeeper Model of Case-Finding At-Risk Older Adults ; Implementation & Outcomes*, The Washington Institute for Mental Illness Research and Training, and Washington State Department of Social and Health Services.
- KILBOURNE, A. M., CORNELIUS, J. R., HAN, X., HAAS, G. L., SALLOUM, I., CONIGLIARO, J., PINCUS, H. A., 2005, General-medical conditions in older

- patients with severe mental illness, *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 250-254.
- KLAP, R., UNROE, K. T., UNÜTZER, J., 2003, Caring for mental illness in the United States : A focus on older adults, *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11, 517-524.
- MINISTÈRE DE LA FAMILLE, 2005, *Aînés et condition féminine*, www.mfra.gouv.qc.ca.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ DES SERVICES SOCIAUX, 2005, *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens*, Gouvernement du Québec.
- MOOD DISORDER SOCIETY OF CANADA, 2008, <http://www.mooodisorderscanada.ca/depression/>.
- MORIN, R., ROCHEFORT, M., 1998, Quartier et lien social : des pratiques individuelles à l'action collective, *Lien social et politique*, RIAC, 39.
- NIKOLOVA, R., DEMERS, L., BÉLAND, F., 2004, Trajectories of cognitive decline and functional status in the frail older adults, *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 48, 1, 28-34
- NORROW, W. E., REGIER, D. A., NORQUIST, G., RAE, D.S., KENNEDY, C., ARONS, B., 2000, Mental health service use by Americans with severe mental illnesses, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 147-155.
- ORGANISATION MONDIALE SUR LA SANTÉ, 2001, *Rapport sur la santé dans le monde 2001 : La santé mentale, Nouvelle conception et nouveaux espoirs*, Genève.
- POLAND, B. D., GREEN L. W., ROOTMAN I., 2000, *Settings for health Promotion : Linking Theory and Practice*, Sage Publication Inc.
- RASHKO, R., COLEMAN R., 1991, *Gatekeeper Training Manual*, Spokane Community Mental health Center, Elderly Services.
- SCRIVEN, M., 2005, *Key Evaluation Checklist, Evaluation Checklists Project*, Western Michigan University, the Evaluation Center, Kalamazoo.
- SHADISH, W. R., COOK, T. D., LEVITON, L. C., 1991, *Foundations of Program Evaluation : Theories of Practice*, SAGE publications Inc., California.
- SMYER M. A., QUALLS, S. H., 1999, *Aging and Mental Health*, Blackwell Publishers, Oxford, U.K.
- STATISTIQUE CANADA, 2003, Enquête sur la santé dans les communautés canadiennes, cycle 1,2, *Santé mentale et bien-être*, Ottawa.

VAN CITTERS, A. D., BARTELS, S. J., 2004, Caring for older Americans with mental illness : Geriatric care management and the workforce challenge, *Geriatric Care Management Journal*, 14, 25-30.

ZOLL, R., 1998, Le défi de la solidarité organique : Avons-nous besoin de nouvelles institutions pour préserver la cohésion sociale ? *Sociologie et Sociétés*, 30, 2, 49-58.

ABSTRACT

The Projet PIE : a promising strategy to reach elders with a mental health problem

Approximately fifty percent of older adults with a mental health problem do not receive services. A proactive outreach strategy, Project PIE (Prevention-Intervention-Education) relies upon the assistance of non-traditional referral sources, namely community liaisons, to identify and refer to the CSSS vulnerable or isolated elders with a mental health problem. An evaluation of this project reveals encouraging results. The project appears useful, relevant and efficient to detect elders with a mental health problem and offer the required assistance. This project also appears to be a means to foster social solidarity,

RESUMEN

El Proyecto PIE: una estrategia prometedora de diagnóstico de los ancianos que presentan problemas de salud mental

Alrededor de 50% de los ancianos que tienen un problema de salud mental no reciben los servicios relacionados con su situación. El Proyecto PIE (Prevención-Intervención-Educación) es una estrategia de diagnóstico proactivo que se apoya en la implicación de las fuentes de referencia no tradicionales, tales como los miembros de la comunidad, para identificar y referir a los ancianos a los Centros de Salud y Servicios Sociales (CSSS). Los autores presentan la evaluación de este proyecto que demuestra resultados alentadores. Además de ser útil, pertinente y eficaz para diagnosticar a estos ancianos y ofrecerles la ayuda necesaria, el proyecto PIE parece además un medio de aumentar el sentimiento de solidaridad social.

RESUMO

Projeto PIE: uma estratégia promissora de identificação das pessoas idosas que apresentam problemas de saúde mental

Cerca de 50% das pessoas idosas que sofrem problemas de saúde mental não recebem os serviços de acordo com sua situação. O Projeto PIE (Prevenção-Intervenção-Educação), uma estratégia de identificação proativa, concentra-se no envolvimento das fontes de referência não tradicionais, como membros da comunidade, para identificar e encaminhar as pessoas idosas para o CSSS. Os autores apresentam a avaliação deste projeto que demonstra resultados encorajadores. Além de ser útil, pertinente e eficaz para identificar estas pessoas idosas, e lhes oferecer a ajuda necessária, o projeto PIE também é um meio de aumentar o sentimento de solidariedade social.